



Col·legi Oficial de Metges
Illes Balears

OFICINA DE MEDIACIÓN DEL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LES ILLES BALEARS

Solicitud para inscribirse en el Registro de Mediación en el ámbito Sanitario, de la Oficina de Mediación del Ilustre Colegio de Médicos de les Illes Balears (COMIB)

La firma de este documento supone aceptar las indicaciones, las normas de funcionamiento y la organización de la Oficina de Mediación del COMIB.

Datos personales (1)

Apellidos y nombre del solicitante:

DNI:

Dirección:

Población y código postal:

Provincia:

Teléfono // Fax:

Teléfono móvil:

Dirección electrónica:

Datos profesionales

Número de Colegiado COMIB:

Formación específica en Mediación

.....
.....
.....
.....
.....

Indicar si se dispone de experiencia práctica en mediación en el ámbito familiar, civil, mercantil o comunitario y si la experiencia práctica se ha desarrollado de forma privada o en el marco de alguna entidad

.....
.....
.....
.....
.....

Indicar si está inscrito en el Registro Oficial del Ministerio de Justicia como mediador

.....
.....

Indicar si dispone de un seguro de responsabilidad civil profesional como mediador, cuál es la Póliza que dispone y el número de Póliza

.....
.....

La persona firmante SOLICITA la inscripción en el **Registro de Mediadores** que llevarán a cabo la experiencia de mediación sanitaria en la Oficina de Mediación Colegial del COMIB, según las condiciones indicadas.

Localidad y fecha:

Firma de la persona mediadora solicitante

DOCUMENTOS QUE ES NECESARIOS PRESENTAR

1. Un certificado que acredite la experiencia laboral, si lo posee.
2. Una acreditación de la formación en materia de mediación, especificando el contenido de los temas tratados en el curso.
3. Suscripción seguro de Responsabilidad Civil Profesional específico.

(1) Los datos de carácter personal que Vd. nos facilite serán incluidos en un fichero de tratamiento automatizado, titularidad del COMIB. La finalidad de este fichero es la tramitación de la solicitud realizada, estando prevista la cesión de sus datos de carácter personal en los casos que resulte necesario, actuando conforme a lo solicitado.

La cumplimentación del presente formulario conlleva el consentimiento expreso para el tratamiento y cesión de sus datos conforme a los fines manifestados. Todos los campos son de obligatoria cumplimentación para la prestación del servicio.

Conforme a lo establecido en la L.O. 15/1999, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando una solicitud por escrito dirigida a: Colegio Oficial de Médicos de les Illes Balears. Passeig Mallorca, 42. 07012 – Palma.